

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean MALARTIC

Externe des Hôpitaux

Né le 12 Juin 1908, à Toulon (Var)

FISTULES HÉMORRAGIQUES
CATEMENIALES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean MALARTIC

Externe des Hôpitaux
Né le 12 Juin 1908, à Toulon (Var)

FISTULES HÉMORRAGIQUES
CATEMENIALES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLÉRC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY-RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

AU DOCTEUR PAUL VILLECHAISE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie

*Qui m'a donné tant
de précieux conseils au
cours de mes études.*

AU DOCTEUR GEORGES JEAN

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux de Toulon
Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie

*Qui m'a donné le
sujet de ce travail et
m'a confié une obser-
vation inédite (Obser-
vation 1).*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE ANNEXE
DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON

*Qui ont bien voulu
m'accueillir à titre béné-
vole au cours de ma
première année.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LABEY
Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE
Médecin de l'Hôpital Trousseau
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR
Chirurgien de l'Hôpital Bichat

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY
Médecin de l'Hôpital Beaujon

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN
Médecin de l'Hôpital Bichat

MADAME BERTRAND-FONTAINE
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVINA
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WILMOTH
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DE GENNES
Médecin de la Maison Municipale de Santé

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD
Chirurgien en Chef de l'Hôpital de Berck-sur-Mer

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNEGAUX
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE
Médecin des Hôpitaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Les fistules cataméniales hémorragiques sont connues depuis longtemps : Elles s'observaient avec une grande fréquence, à la fin du siècle dernier, à la suite de l'ablation unilatérale des annexes, suivie de fixation du moignon tubaire à la paroi abdominale.

Il s'agissait, à la période préaseptique d'une manœuvre de sécurité. Un clamp était laissé à demeure sur le moignon utérin ainsi fixé en dehors de la cavité péritonéale. Son ablation le 3^e ou 4^e jour n'entraînait aucune complication grave, mais très souvent, une fois sur trois environ, persistait une fistule cataméniale hémorragique. Cette éventualité s'observait surtout en cas de suppuration pariétale : fait très important sur lequel il faut insister : dans la majorité des cas une fistule purulente est la condition préalable indispensable à la fistule cataméniale.

Actuellement, l'aseptie, les progrès de la technique des sutures ont permis de rejeter définitivement la fixation extra-péritonéale du moignon tubaire.

Notons cependant que, tout récemment, Jeanne-

ney et Laporte ont été amenés par des circonstances très particulières, à pratiquer cette manœuvre, il en est résulté une fistule cataméniale. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de faire une étude de leur observation, très intéressante à plusieurs points de vue.

Mais de nombreuses causes de fistules hémorragiques cataméniales ont été observées et certains auteurs ont essayé de les classer.

BOURGUELLE, 1884.

LOEVY (*thèse*, Paris), 1902.

LEBASTEUR, 1911.

COCHARD (*thèse*, Bordeaux), 1933.

LOEVY distingue deux variétés de Fistules Cataméniales :

1^o Celles qui surviennent à la suite d'opérations gynécologiques intéressant l'ovaire ou la trompe ; et pour lesquelles le sang provient de l'appareil génital.

2^o Celles qui surviennent à la suite d'opérations abdominales quelconques — où il y a indépendance complète entre l'appareil génital et la plaie.

LEBASTEUR distingue trois classes :

1^{re} CLASSE : fistules qui donnent du sang ; sans qu'il y ait eu intervention directe sur l'ovaire — l'ovaire restant donc en place : Exemple : ouverture d'une collection purulente telle que :

pelvi péritonite suppurée,
salpingite avec abcès pelvien.

ou collection sanguine :

hématocèle, hématosalpinx,
kyste hématique de l'ovaire.

2^e CLASSE : ovariectomie bilatérale.

Que faut-il penser de ces écoulements sanguins qui surviennent dans ces cas ? demande LEBASTEUR ? Très probablement, comme le pensent HÉGAR, VALDEGER, et d'autres, que souvent l'ovariectomie a été incomplète. L'ovaire, soit par suite de suppuration, soit par suite des adhérences, a été morcelé — une partie est restée adhérente au pédicule — le fait a parfois été prouvé (1).

C'est ce qui explique les hémorragies qui nous intéressent et aussi la persistance des menstruations, malgré une ablation aussi complète que possible.

« Le moignon ovarique, au moment des règles, se congestionne et saigne. Le flux hémorragique, n'ayant plus de conduit pour gagner l'utérus et le vagin, puisque la trompe a été enlevée, ou tout au moins obstruée par la ligature du pédicule utérin, s'écoule en dehors, les adhérences de la cicatrice abdominale lui fournissant un passage. »

3^e CLASSE : on a utilisé la « méthode ancienne » j'entends par là, fixation au pédicule dans la plaie abdominale ; la trompe comprise dans ce pédicule peut rester en partie perméable et nous arrivons ainsi à notre troisième classe de Fistule cataméniale hémorragique par pédicule fixé : adhérent à la plaie.

Enfin, LEBASTEUR fait une place importante pour expliquer la production des fistules hémorragiques cataméniales dans les cas où l'indépendance de

(1) L'ablation seconde de ce moignon ovarique a amené dans certains cas la guérison.

l'appareil génital et de la plaie semble complète aux
« Lésions de congestion et d'inflammation chronique d'un bourgeon épiploïque adhérent aux bords de la paroi abdominale. »

LEBASTEUR s'attache longuement à établir dans ces cas, que l'origine n'est pas le tractus génital, mais l'épiploon adhérent à la cicatrice pariétale.

Il semble bien que LEBASTEUR ait eu l'intuition, la vision, de ce qu'on devait appeler après lui « *l'Endométrisme* ».

La thèse de NUVILLE (Paris, 1914, consacrée aux « Fistules utéro-pariétales consécutives à une opération césarienne », signale un certain nombre de fistules hémorragiques cataméniales, elle fait état pour la première fois de la césarienne dans la pathogénie de cette lésion.

Il semble que cette étiologie que reprend, en la plaçant au premier rang, COCHARD en 1933, ne présente pas un intérêt considérable.

Dans les observations — très rares en regard du grand nombre de césariennes pratiquées depuis 30 ans, il s'agit généralement d'une fistule peu importante — à trajet court.

L'étiologie de la césarienne récente ne permet aucun doute sur l'étiologie de la fistule et le traitement en est relativement aisé.

NUVILLE, d'autre part, distingue deux classes de fistule :

Les fistules secondaires à une intervention chirurgicale — de beaucoup les plus fréquentes.

Les fistules idopathiques dont le type est fourni par une suppuration génitale, de la trompe en particulier, s'ouvrant progressivement à la paroi abdominale antérieure.

Il ne s'agit là, somme toute, que d'une ouverture spontanée, permise seulement par une négligence thérapeutique. Les fistules qui la suivent ne doivent pas être distinguées radicalement des cas semblables ou le traitement chirurgical a été appliqué à temps.

COCHARD, lorsqu'il divise son travail en fistules par communications avec le tractus génital et fistules à point de départ endométrial — ne fait que reprendre la classification de LEBASTEUR qu'il critique d'ailleurs âprement.

« Cette classification a l'avantage d'être plus compréhensive que celle de LEBASTEUR. Les fistules hémorragiques décrites par LEBASTEUR et dans lesquelles le sang ne proviendrait que de lésions de congestion et d'inflammation d'un bourgeon épiploïque ne nous semblent pas rentrer dans le cadre des fistules menstruelles, les hémorragies survenant à ce niveau pouvant être occasionnées par toute congestion du petit bassin, indépendante du cycle menstruel.

Contrairement à COCHARD, il paraît certain que LEBASTEUR en décrivant ce « bourgeon épiploïque adhérent à la cicatrice et chroniquement enflammé » a donné, le premier, une étude clinique des fistules hémorragiques dues à l'endométriome post-opératoire.

ÉTIOLOGIE

CHAPITRE I

ENDOMÉTRIOMES

Les endométriomes apparaissent ainsi comme une cause importante de fistules cataméniales, post-opératoires. Il faut donc étudier complètement cette curieuse néoformation.

On désigne sous le nom d'endométriome une néoplasie constituée par le développement aberrant de la muqueuse utérine.

Cette tumeur est formée par des îlots d'épithélium cylindrique entourés d'un stroma cytogène identique aux éléments de la glande utérine. Parfois, s'y joint une couche de fibres musculaires lisses et ainsi un véritable utérus en miniature est réalisé.

« Il ne s'agit pas là, dit MOULONGUET-DOLÉRIS, d'une ressemblance morphologique ; on sait qu'en matière de tumeurs, elles sont trompreuses. Mais d'une identité : ce sont les réactions physiologiques des endométriomes qui le prouvent ».

La muqueuse subit, à l'occasion des périodes menstruelles, des variations structurales identiques et parallèles dans ce temps, à celle de la muqueuse

utérine. Il se fait ainsi des raptus hémorragiques au sein de la tumeur.

Il est également soumis aux modifications gravidiques et l'endométriome subit pendant la grossesse, la transformation déciduale.

Ajoutons enfin, que l'ovariotomie double, ou, ce qui revient au même, la castration radiothérapique, amène la disparition de tous les phénomènes périodiques, au niveau de l'endométriome, en même temps, qu'au niveau de la muqueuse utérine. C'est là une notion importante sur laquelle il faudra revenir, au point de vue thérapeutique.

Ces phénomènes physiologiques, en même temps qu'ils permettent l'identification de ce groupe tumoral rendent compte de la SYMPTOMATOLOGIE.

Elle explique l'évolution périodiquement douloureuse de l'endométriome ; qui, en même temps, se tuméfie au moment des règles.

« Certains endométriomes deviennent ainsi des kystes sanguins, dont le contenu, sans cesse augmenté ressemble tout à fait à l'hamatocôlpos par imperforation de l'hymen : c'est-à-dire un liquide épais, poisseux analogue à du goudron.

On comprend, par ce qui vient d'être exposé, que les endométriomes se manifestent essentiellement chez la femme adulte.

Les localisations des endométriomes sont multiples. Les plus fréquentes sont au voisinage immédiat de l'utérus : dans le myomètre, dans la cloison recto-vaginale.

Ces deux localisations ont fait donner, primitivement, aux endométrïomes, le nom d'*adénomyome*. Il n'y a, en réalité aucune ressemblance entre les deux tumeurs. Le simple examen à l'œil décèle dans l'endométrïome de petites lumières remplies de sang ; le microscope lève tous les doutes en découvrant des îlots de muqueuse utérine utéro typique (CULLEY).

L'endométrïome se rencontre au niveau de l'ovaire, où il prend souvent la forme de kyste aréolaire goudronneux. (SAMPSON).

Au niveau des trompes, l'endométrïome est surtout fréquent à l'isthme : d'où son nom de salpingite nodulaire sous lequel le connaissaient les anciens classiques :

Salpingite, l'erreur est explicable, car cette localisation est très souvent compliquée d'infection. *Nodulaire*, car elle a la forme d'une graine de chaplet qui, à la coupe, apparaît comme un tissu fibreux, troué de petites taches hématiques.

L'endométrïome est encore survenu dans la région inguinale sur le trajet du ligament rond et sous le péritoine pelvien (cas de JEANNENEY).

Deux localisations hors de la sphère génitale doivent être signalées : sur l'intestin, où ils peuvent entraîner une occlusion intestinale dont la nature est seulement découverte à l'examen histologique de la pièce réséquée. Et à l'ombilic. On pourrait concevoir cette localisation ombilicale comme une cause possible de fistule cataméniale, après laparotomie ;

nous n'en n'avons relevé aucun cas probant dans la littérature.

Tous ces endométriomes ont ceci de connu qu'ils se sont développés spontanément. Contrairement aux endométriomes post-opératoires.

Ils se rencontrent surtout chez la femme ayant subi une intervention gynécologique.

La statistique de GOULIOND, MARTIN, MICHON, relève :

10 cas après hystéropexie
6 cas après annexectomie
2 cas après myomectomie
2 cas après perforation utérine traumatique
2 cas après césarienne
1 cas après rupture de grossesse tubaire
1 cas après appendicectomie

On voit la fréquence relativement considérable de l'endométriome après hystéropexie, cette prédominance se retrouve dans la statistique de GERMAN :

Hystéropexie	18 cas
Césarienne	12 cas
Ablation d'annexes	10 cas
Ligamentopexie	5 cas
Appendicectomie.	3 cas
Hystérectomie	1 cas

La pathogénie de ces endométriomes méritent d'être étudiée : elle a été très discutée et sans doute n'est-elle pas univoque.

Les premiers auteurs, avec KOBERLÉ en 1869, pensent à un transport de cellules endométriales à partir de la muqueuse utérine par voie lymphatique.

La salpingite nodulaire isthmique a été longtemps

considérée comme une lésion purement inflammatoire. Ces théories ne doivent pas être retenues.

Autrefois également, on rattachait les endométriomes à l'évolution tumorale de restes Wolfiens (RECLINHAUSEN, CHEVASSU) ou encore à une hétérotopie des canaux de Muller (CULLEN, 1914).

Mais la constatation des endométriomes extra-génitaux a ruiné cette hypothèse.

SAMPSON soutient que l'endométriome résulte d'une véritable greffe de lambeaux de muqueuse utérine. Cette greffe pourrait se produire dans deux circonstances :

1^o A la suite d'une intervention chirurgicale, on explique ainsi d'une façon parfaitement satisfaisante les endométriomes post-opératoires ; après intervention gynécologiques.

2^o Pour expliquer la production des endométriomes spontanés, SAMPSON admet que, au cours de la menstruation, il existe un reflux de cellules endométriales, cellules ayant tendance à s'implanter sur l'ovaire, où, elle constituerait l'origine de ce « kyste » chocolat ou kyste anolaire, goudronneux de cet organe (SAMPSON). Ces formations seraient donc de véritables endométriomes.

Elles peuvent aussi s'implanter à distance, en un point quelconque du péritoine.

Expérimentalement, on a pu reproduire chez l'animal un endométriome par inclusion intra-ovarienne d'un fragment utérin. Le seul point discutable de la théorie est donc le reflux de cellules endomé-

triales au moment des règles. Rien n'est moins prouvé.

Au cours de la laparotomie faite en période menstruelle, la constatation de reflux sanguins est rare (CURTIS) ou même exceptionnelle (NOVAK), on peut répondre, il est vrai, que l'endométriome n'est pas lui-même une affection fréquente.

Il faut noter enfin, que cette opinion n'explique pas facilement tous les cas : comment admettre la production de tumeur endométriale dans la cloison vaginale — ou au niveau des ligaments ronds dans leur portion inguinale, par une cellule endométriale ?

Aussi MEYER et OBERLING, reprennent une théorie émise par LOCKYER, en 1918, qui fait de l'endométriome une formation péritonéale.

Il est admis que les canaux de MULLER sont développés aux dépens de l'épithélium péritonéal — il n'est donc pas impossible *a priori*, d'admettre que le péritoine soit capable, dans quelques cas, de créer de la muqueuse utérine en dehors des canaux de Muller et, par conséquent, de former ces endométriomes extra-génitaux spontanés. C'est chez le fœtus que se ferait cette transformation péritonéale, analogue en tous points, à celle qui donne naissance aux canaux de Muller chez l'embryon.

Retenons que seule, cette théorie peut expliquer d'une façon satisfaisante la production des endométriomes post-opératoires après intervention extra-génitale. Les trois cas signalés par GERMAN après appendicectomie simple rentrent dans cette classe.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse ingénieuse qui n'a jamais reçu de consécration expérimentale.

On peut être éclectique. Et admettre pour les diverses localisations une pathogénie différente.

Au niveau du tractus génital : Endomètre, ligament rond, ligament large, cloison recto vaginale, la théorie Mullerienne s'adapte parfaitement.

Au niveau de l'ovaire, la théorie de la migration est la plus simple.

Pour la région ombilicale, on peut adopter l'une ou l'autre des théories, la péritonéale ou celle de la migration.

En ce qui concerne les Endométriomes post-opératoires, qui nous intéressent davantage puisqu'ils sont en cause dans le plus grand nombre des fistules Cataméniales, il faut distinguer deux cas : Après intervention sur l'appareil génital, la greffe est le mécanisme le plus plausible : greffe instrumentale, si l'on peut dire ; on s'explique ainsi la fréquence des cas observés après fixation du corps utérin, la rareté de la même éventualité après ligamentopexie.

Après intervention extra-génitale (appendicectomie) seule, la théorie péritonéale permet une explication facile.

Notons cependant, que, si avec la théorie de migration, on admet un reflux intra-péritonéal de cellule endométriale, on peut concevoir que la cicatrice de Laparotomie soit un point d'appel pour greffe de ces cellules.

CHAPITRE II

FISTULES AYANT UNE ORIGINE GÉNITALE

Voici les causes les plus habituelles :

La Césarienne.

Les interventions sur les annexes.

La césarienne a causé un nombre important de fistules cataméniales. En additionnant les cas originaux publiés par NUVILLE, en 1911, par HUREAU en 1919, par BALLIN en 1928, et les huit cas publiés de 1928 à 1934, on arrive au chiffre relativement considérable de trente-quatre cas.

ALBANO, d'après une statistique étendue évalue la fréquence de cette complication à un peu plus de « quatre cas, pour mille césariennes.

Tous les cas connus ont été observés après la césarienne corporéale. Aucun cas n'a été rapporté après la césarienne basse. Ce fait, ne doit pas uniquement être imputé au nombre comparativement réduit de césariennes basses effectuées jusqu'à ce jour. Il est hors de doute que la fermeture de l'utérus est réalisé beaucoup plus parfaitement, grâce à la

technique moderne ; seule elle permet une péritonisation correcte. Cette péritonisation, nous le reverrons à propos des interventions sur les annexes, est la meilleure prophylaxie des fistules catéméniales.

Il faut noter encore que la plupart des césariennes compliquées de fistules catéméniales ont été pratiquées alors que l'aseptie du contenu utérin était douteuse. On retrouve là encore le rôle capital du facteur infectieux.

Les fistules consécutives aux *opérations sur les annexes* ont été étudiées par SUVECK, en 1912. Sa statistique comprenait treize cas ; six autres ont été publiés depuis. En y ajoutant nos deux observations, on arrive à un total de vingt et un cas.

La nature des lésions rencontrées au cours de l'intervention est capitale à considérer. Il s'agit très souvent de tuberculose génitale : sept fois sur les treize cas de SUVECK ; onze fois, sur la statistique de vingt et un cas signalés plus haut.

« L'ouverture cutanée est observée souvent à la suite d'opérations incomplètes suivies de drainage. On observe une fistule banale, parfois un écoulement sanguin se produit à chaque période menstruelle » (PATEL, rapport au congrès de Rome sur la tuberculose génitale de la femme, 1912).

La fistulisation est facilement explicable.

Autour des lésions ulcéro-caseuses des annexes, on trouve des adhérences étendues et épaisses qui fixent les organes malades aux organes voisins et

aux parois pelviennes. L'utérus, la vessie, le rectum, l'intestin grêle, sont englobés par des adhérences; la fusion peut être tellement intime que la séparation des organes est toujours laborieuse, quelquefois impossible. On comprend que les interventions sur de telles lésions soient des opérations difficiles (P. Mocqor) et que la persistance d'une fistule soit chose fréquente.

Les autres affections génitales sont plus rarement en cause. Trois fois, il s'est agi de grossesse extra-utérine, sous la forme d'hématocèle rétro-utérine enkystée, traitée par voie haute. En pareil cas, la crainte de l'infection a imposé le drainage et a ainsi préparé le trajet; l'impossibilité de traiter correctement le moignon tubaire explique l'origine de la fistule.

Deux fois, il s'est agi d'intervention pour salpingite aiguë. Dans un de ces deux cas, on avait pratiqué un simple drainage. (Observation II).

Dans l'autre, l'ablation des annexes avec fermeture du pédicule.

Enfin, deux cas sont consécutifs à l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

Dans toutes des interventions sur les annexes, les deux facteurs favorisant sont :

l'infection avec le drainage qu'elle entraîne;

la péritonisation défectueuse du pédicule qui est souvent difficile à réaliser correctement par le procédé classique; il semble que la technique de KELLY doive donner une sécurité meilleure.

Telles sont les causes les plus fréquentes.

En voici de plus rares : Un cas après une intervention pour fibrome.

Quelques cas après hystéropexie.

Signalons enfin, pour mémoire, les fistules qui ont pu être observées autrefois, à la suite de l'hystérectomie subtotale avec pédicule externe, selon la technique de HÉGAR ou de PORRO, à la suite de césarienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FISTULE PROPREMENT DITE

Comme toute fistule, la fistule cataméniale hémorragique comprend :

- une origine,
- un trajet,
- un orifice externe.

Seul, l'orifice externe, peut être aisément situé dans tous les cas.

Il siège toujours, dans les fistules post-opératoires, sur la cicatrice de laparotomie, mais sa position sur celle-ci, est loin d'être constante.

Près de son extrémité supérieure, si l'on se rapporte aux travaux du HUREAU.

Près de son extrémité inférieure, le plus souvent, si l'on en croit HUREAU.

Dans les cas observés personnellement, observation I et observation II, l'orifice fistuleux siégeait au point où avait été placé le drain de caoutchouc ; dans la constitution de la fistule, c'est lui qui détermine, en grande partie le trajet fistuleux. Il est logique d'admettre que l'orifice externe doit siéger, en règle, au point où le drain traversait la plaie opératoire.

Signalons que la peau aux environs de la fistule, est normale. C'est seulement dans le cas de fistule stercorale associée, qu'elle présente les lésions d'irritations habituelles à ces cas.

Si l'orifice externe de la fistule est aisément repérable, il n'en est pas de même du trajet de celle-ci.

Rares sont les cas, tel celui de l'observation II, où le trajet peut être nettement individualisé à l'intervention, sous la forme d'un tractus fibreux allant des annexes à la paroi abdominale, c'est en quelque sorte le cas idéal, où l'ablation du trajet fistuleux sera la condition nécessaire et suffisante à la guérison.

Il faut mettre à part, encore, les fistules endométriales, où le trajet est réduit au minimum, puisque l'endométriose siège dans la paroi elle-même.

On peut rapprocher de ces cas, la fistule consécutive à une césarienne corporéale.

Là encore, le trajet est habituellement très réduit, puisque dans la majeure partie des cas publiés, il existait un accolement utéro-pariétal.

Dans tous les autres cas le trajet est complexe noyé dans un bloc d'adhérences comprenant souvent de l'intestin, de l'épiploon, du tissu cicatriciel, il est très difficile, quelquefois impossible de l'isoler chirurgicalement : le seul moyen d'en apprécier exactement l'étendue, la forme, la direction, est l'examen radiologique, précédé d'injection de lipiodol, c'est ce procédé qui a été utilisé par MM. JEANNENEY

et Fernand LAPORTE, et aussi dans une observation personnelle (observation I).

Cet examen radio-lipiodolé montre souvent l'existence de diverticules. Exceptionnellement, observation I, le trajet a pu se modifier au cours d'évolution.

A la suite d'une nouvelle intervention, pratiquée par voie médiane, l'ancienne fistule iliaque droite a peu à peu diminué d'importance pendant qu'un nouveau trajet se constituait vers la cicatrice médiane.

Enfin, il faut signaler que la fistule catéméniale peut être en communication avec le tube digestif:

Gros intestin (MESSA).

Anse grêle (MESSA).

Il en résulte une fistule en Y, qui est en même temps une fistule stercorale.

HISTOLOGIQUEMENT : le trajet est formé de tissu conjonctif dense, très pauvre en éléments cellulaires ; tissu de cicatrice, c'est ce qui explique que la guérison spontanée ne doit pas être espérée.

Quant à l'origine de la fistule, il semble qu'elle devrait être facile à préciser : certes, quelquefois, la précision est possible. Cliniquement, par la notion de l'intervention subie.

Radiologiquement, par la direction prise par le lipiodol. A l'intervention, comme dans l'observation n° II, où le tractus fibreux s'implantait sur les annexes gauches. Après l'intervention, par l'examen de la pièce.

On peut ainsi reconnaître selon le cas :

une origine endométriale,

une origine génitale qui est elle même,

soit utérine : sur le fond, sur les bords, sur la face antérieure,

soit annexielle : une trompe enflammée, un kyste de l'ovaire, une grossesse extra-utérine, etc.

Mais il est des cas où toute affirmation est impossible, dans l'observation I, le refoulement du bleu de métylène par le canal cervical n'amenait aucune isuse du liquide coloré, hors de l'utérus. Seule, la coupe de l'utérus a montré que la paroi utérine, au niveau de la corne gauche, était plus imprégnée et semblait donc présenter une solution de continuité. Mais la trompe gauche présentait aussi des points suspects.

Il est donc des cas où l'on peut affirmer que l'origine est génitale, sans précision plus complète.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Mlle^e P. J..., 21 ans. *Communiquée par le Docteur Georges JEAN.*

Le Docteur CADER a bien voulu nous donner le compte rendu des trois premières interventions.

Antécédents. — Adénopathie mésentérique à l'âge de 4 ans (carreau). Entérite à huit ans.

En janvier 1927 : La malade commence à souffrir de sa fosse iliaque droite. Elle présente fréquemment des poussées fébriles vers 38°5, le soir. Elle maigrit de plusieurs kilos, ces troubles persistent avec des alternatives d'aggravation et de rémission, pendant plusieurs semaines.

En juin 1927 : Crise aiguë pour laquelle on fait le diagnostic d'appendicite :

Température à 39°.

Douleur vive dans le flanc droit.

Vomissements. Diarrhée.

On n'opère cependant pas et on tente de refroidir la crise.

La diète, la glace, le repos n'amènent aucune sédation et la fièvre persiste jusqu'en septembre. On décide alors d'intervenir.

Première intervention (septembre 1930).

Incision de Mac Burney.

On trouve un abcès appendiculaire. Appendicectomy. On laisse un Mikulicz qu'on retire le huitième jour. La plaie suppure pendant deux mois et se ferme complètement à ce moment.

A la suite de cette intervention la malade reprend du poids, — ses règles sont, à ce moment normales. Une éventration persiste pour laquelle elle consulte, en janvier 1930, le Professeur LENORMANT, à l'Hôpital de la Pitié. Il lui conseille l'intervention qui est pratiquée à Toulon.

Deuxième intervention (12 février 1930).

Cure d'éventration. Suites opératoires normales. Deux mois plus tard, en mai 1930, la malade présente à nouveau des douleurs abdominales violentes, localisées à droite, irradiant dans la région lombaire droite, accompagnées de cystite. Fièvre élevée. Au toucher rectal : Tumeur latéro-utérine droite, du volume d'une orange, légèrement douloureuse. Sa consistance est rénitente, elle est nettement séparée de l'utérus.

On pense à une salpingite kystique droite, vraisemblablement tuberculeuse.

Troisième intervention le 10 mai 1930.

On aborde la tumeur par l'incision iliaque droite pratiquée pour l'appendicectomy, on la marsupialise et on l'ouvre ; il sort du liquide muqueux, filant clair, pas de pus.

Suites opératoires longues.

Le drainage donne pendant quelques jours un liquide clair qui devient progressivement louche puis purulent, la température demeure élevée, oscillant entre 38° et 39° pendant près de quatre mois ; l'état général est précaire.

Peu à peu, localement et au point de vue général, l'état de la malade s'améliore, 6 mois après l'intervention elle est apyrétique. La fistule purulente est complètement tarie, la malade reprend un peu de poids.

Ses règles deviennent de plus en plus douloureuses.

En août 1931 soit quinze mois après l'intervention, la malade constate le premier jour de ses règles, une phlyctène brunâtre, apparue à la partie moyenne de la cicatrice : On la ponctionne au bistouri ; il s'écoule du sang rougeâtre poissant, cet écoulement continue les jours suivants et cesse avec les règles :

« La fistule catéméniale est constituée. »

Toutes les périodes menstruelles, dès lors, donnent lieu à un écoulement sanglant par la plaie abdominale, cet écoulement est minime les deux premiers mois ; il devient de plus en plus intense en même temps que l'importance des règles décroît. Au mois de décembre 1932, tout le sang des règles passe par la fistule. Quelques gouttes de sang apparaissent, seulement, à la vulve,

Dans l'intervalle des règles, la fistule se recouvre

d'une croûte, elle ne donne absolument rien, ni sang, ni pus, ni sérosité.

L'examen gynécologique, pratiqué le 6 janvier 1932, montre un utérus mobile, le cul-de-sac droit est rempli par une masse dont les limites sont difficiles à préciser. On injecte du Lipiodol dans la fistule.

La radiographie montre un trajet allant vers la région latéro-utérine droite.

Le malade est à ce moment, dans un état grave, elle a beaucoup maigri pendant les trois derniers mois. La fièvre est continue.

Quatrième intervention. Hôpital de la Croix-Rouge.
Dr Jean et Dr Tholance.

Anesthésie : Ether. M^{lle} Berrier Fontaine. Laparotomie médiane. On trouve une masse salpingienne d'aspect kystique, contenant des caillots noirâtres. On la dissèque difficilement. Tout le grêle de la Fosse Iliaque droite et le cæcum lui sont soudés. On note quelques granulations, d'aspect tuberculeux sur les zones adhérentes du grêle. Il n'en existe pas sur le péritoine.

Extirpation de l'ovaire et de la trompe droite. Fermeture en trois plans. Drainage par drains caoutchouc n° 30.

HISTOLOGIE.

Examen anatomo-pathologique le 12 janvier 1932.
Ovaire et Trompes.

Lésions de salpingite chronique, avec sclérose généralisée de la paroi tubaire ;

On trouve sous les franges salpingiennes des formations nodulaires avec cellules géantes et cellules épithélioïdes. L'ovaire présente des lésions de sclérose avec grosse congestion des vaisseaux et nappes hémorragiques.

Conclusion : Salpingite tuberculeuse.

Suites opératoires normales.

Au moment des règles qui suivent l'intervention, le sang apparaît à nouveau, mais en deux points :

Par la cicatrice iliaque droite, au même point que précédemment :

Et par la cicatrice médiane, au point où passait le drain.

L'écoulement est d'ailleurs beaucoup moins abondant sur cette dernière plaie.

Aux périodes menstruelles suivantes, l'inverse se produit : la fistule médiane donne de plus en plus, au détriment de la fistule latérale droite qui finit par se tarir complètement.

On tente de dilater l'orifice du col, par des lamineuses de calibre croissant ; aux règles suivantes la fistule diminue au profit des règles normales, mais cette amélioration ne persiste pas les mois suivants, l'écoulement vaginal redevient presque nul.

Etat général très mauvais.

Règles très douloureuses.

Fièvre presque continue.

Traitement par l'Allergine.

Cinquième intervention, le 17 novembre 1932.

Intervention : Dr Jean et Dr Tholance.

Anesthésie mixte. Ether puis chloroforme.

Mlle Berrier Fontaine.

Laparatomie médiane.

Le grêle est accolé sur une grande étendue à la paroi.

Il masque complètement le petit bassin.

On le libère prudemment à la compresse.

On arrive sur le fond utérin, dont la consistance servait de repère.

Libération de la vessie qui adhère à la face antérieure de l'utérus.

Sur le bord droit de l'utérus on arrive sur une cavité remplie de pus du volume d'un œuf de pigeon. Il s'agit de pus séreux, couleur chocolat.

On libère aussi le bord droit de l'utérus. Les annexes du côté gauche sont complètement soudées.

Hystérectomie à l'Américaine de droite à gauche. On libère les annexes gauches, constituées par une trompe de volume du poing, pleine de sang et de caillots couleur marron.

Péritonisation. Drainage.

Au cours de l'intervention, on a vérifié à la sonde la perméabilité parfaite du col.

Examen de la pièce : On refoule du bleu de méthylène par le col utérin sectionné : il ne sort pas par la trompe gauche ni par le moignon tubaire droit ; ni par aucun point du corps utérin.

Des sections étagées de la trompe jusqu'à la corne utérine, montrent que la trompe n'est pas injectée, elle ne présente d'ailleurs pas de lumière visible.

On augmente la pression de l'injection : rien ne sort.

Ouverture de l'utérus. Sur le bord droit, la muqueuse est plus fortement teintée : le bleu va jusqu'à la séreuse sans qu'on puisse trouver d'orifice. Il faut noter que c'est à ce niveau que se trouvait un abcès latéro-utérin.

Cet abcès communiquait avec la fistule catéméniale, il semble donc que le point de départ de cette fistule catéméniale soit utérin.

• *Le 7 février 1933.* — On revoit la malade : pas de fistule, pas de sang menstruel ni par en haut, ni par en bas.

Courte phase de péritonite tuberculeuse après l'intervention.

Puis tout redevient normal.

Guérison avec quelques troubles en rapport avec la castration. Folluculine.

Examen Anatomo-Pathologique, 22 novembre 1932 (D. SÉGUY).

Ovaire scléro-kystique.

Utérus : myosite inflammatoire subaiguë diffuse à type lymphocytaire, sans cellule géante, pas de B. K. dans les coupes. Cette lésion inflammatoire peut faire suspecter la Tuberculose.

Mais le diagnostic ne peut être formel en l'absence de follicules tuberculeux et de bacilles de Koch.

15 avril 1935. — La malade qui a pris 25 kilogrammes depuis sa dernière opération est floride, sans embompment exagéré.

Les plaies abdominales sont complètement cicatrisées. On note encore de légers troubles endocriniens, efficacement combattus par les extraits ovariens.

OBSERVATION II. (*Communiquée par le Docteur THOLANCE*). — M^{me} G., 33 ans.

Antécédents.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans, pas d'antécédents pathologiques. Un accouchement normal en 1925. Enfant bien portant. Il y a lieu de noter que les deux frères de cette malade sont hémophiles. Elle-même n'a aucun trouble sanguin. Crise de salpingite en mai 1933 ; rebelle au traitement médical. Fièvre élevée ; grosse tumeur salpingienne rénitente gauche. Etat général très mauvais.

Première Intervention (D^{rs} THOLANCE et H. MALARTIC).

Laparotomie iliaque gauche. Un drain est placé dans la poche salpingienne suppurée.

Suites opératoires simples : l'écoulement purulent par la plaie est abondant pendant le premier mois. Il devient minime à partir du deuxième mois, mais oblige la malade à porter un pansement souillé chaque jour par quelques gouttes de muco-pus.

Deux mois après l'intervention, en juillet 1933, elle a ses règles qui s'accompagnent de douleurs

violentes. Le lendemain, le pansement est souillé de sang rouge vif, de même couleur que celui des règles. Dès ce moment ; les douleurs sont calmées.

A partir de cette date, pendant dix mois, la malade a ses règles tous les mois. A l'approche des règles, l'écoulement purulent augmente. Un peu de sang apparaît par la fistule deux jours avant le début des règles : cette issue de sang, par l'abdomen, devient très abondant le premier jour des règles ; les douleurs se calment à ce moment. La fistule cataméniale se tarit le dernier jour des règles.

A l'examen (mai 1934) : salpingite double prédominant à gauche. On décide l'intervention.

Deuxième Intervention (D^{rs} THOLANCE et MALARTIC), 20 mai 1934.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Des adhérences multiples rendent difficile l'abord des lésions.

Volumineuse masse salpingienne gauche ; un cordon fibreux la réunit à la paroi, au niveau de la cicatrice de la première intervention.

Ce cordon représente le trajet fistuleux, il est réséqué près de la paroi.

Libération difficile et ablation des deux trompes et de l'ovaire gauche.

L'ovaire droit, qui est sain, est conservé ainsi que l'utérus.

Les suites immédiates furent troublées par des vomissements à partir du quatrième jour, émission abondante de gaz et suites normales. Le drainage fut

supprimé. Et la malade quittait la clinique le quinzième jour.

La fistule ne s'est pas reproduite. L'état général est excellent. Les règles sont normales et régulières avec quelques douleurs au début,* qui ne nécessitent pas l'interruption de la vie active.

OBSERVATION III. — (*Rapportée par MM. G. JEANNENEY et Fernand LAPORTE*).

Marie Antoinette L., âgée de 27 ans vient au mois de juin 1930 pour se faire opérer de deux hernies inguinales. Ces hernies datent de trois ans : la gauche de la dimension d'une noix environ a toujours été facilement réductible : la droite, plus grosse, de la grosseur d'un œuf de poule, s'est toujours montrée irréductible et est fréquemment le siège de douleurs lancinantes, peu intenses cependant, puisqu'elles n'ont empêché ni la marche ni le travail du ménage.

Rien n'attire l'attention dans les antécédents. Cette femme, qui n'est pas mariée n'a pas eu de maladie, est bien réglée et généralement en bonne santé. Elle ne se plaint que d'une chose : de la gêne que lui apportent ses deux hernies.

L'examen montre effectivement la présence de deux hernies inguinales, la gauche présentant la symptomatologie habituelle, la droite ayant cette particularité d'être irréductible sans qu'on relève rien d'anormal au niveau de la peau et des parties molles adjacentes. La paroi abdominale est faible

dans son ensemble, mais il n'y a pas de ptose des organes abdominaux. Rien à signaler au sujet des autres appareils.

L'état général est médiocre. Cette femme est maigre, pâle, nerveuse, à peu d'appétit.

Première intervention : 23 juin 1930. — Le Dr QUEYRON, médecin de la malade assiste à l'intervention.

A gauche, cure chirurgicale suivant le procédé Forgue : sans aucune particularité.

A droite, incision inguinale (peau et tissu cellulaire, puis aponévrose du grand oblique. On découvre le contenu de la hernie, qui est constituée par un pyosalpinx : la trompe tordue sur son axe au voisinage de la corne utérine est remplie d'un pus crémeux d'un beau jaune vert non fétide ; on enlève le pyosalpinx ; on ligature la trompe à son origine, on fait l'hémostase du méso et l'on fixe le moignon (origine de la trompe et son méso) à la paroi abdominale, comme on le ferait du sac pour un Barker, par mesure de prudence au cas où une complication infectieuse surviendrait. On termine par une cure chirurgicale suivant le procédé Forgue et suture totale sans drainage.

Les suites sont normales. Le côté gauche cicatrise en quelques jours et nous n'en reparlerons plus.

Le côté droit cicatrise sans suppuration, et la malade revient chez elle au bout de vingt jours,

parfaitement guérie, prête à reprendre ses occupations.

Cinq mois plus tard, après une longue période d'excellente santé, se manifestent des douleurs lancinantes au niveau de la cicatrice droite, bientôt suivies de la formation d'un abcès chaud qui se collecte et est ouvert par le Dr QUEYRON. Un drainage et quelques pansements amènent en quelques jours la cicatrisation.

Un mois plus tard ; c'est-à-dire six mois après la cure chirurgicale au moment de l'apparition des règles, qui avaient subi un retard à l'occasion de cet abcès, du sang se montre au niveau de la cicatrice et une hémorragie minime, de quelques gouttes par jour, se produit et disparaît en même temps que les règles. Depuis ce jour, la situation reste sans changement : à chaque période menstruelle, par un petit orifice, s'écoulent sans la moindre douleur quelques gouttes de sang et cet écoulement dure aussi longtemps que les règles et disparaît en même temps qu'elles. Une fistule hémorragique cataméniale s'est constituée au niveau de la cicatrice opératoire.

L'état général est d'ailleurs excellent ; bien meilleur qu'avant l'opération. Les règles sont régulières, l'appétit bon ; les divers appareils ne présentent aucun trouble. Cette femme peut travailler à son aise et cette fistule n'est pour elle qu'une gêne minime.

A l'examen, on aperçoit à l'extrémité inférieure de la cicatrice un orifice minime de deux millimètres

de diamètre environ, obturé par une petite croûte, qui n'est le siège d'aucun phénomène inflammatoire, puisque la peau est d'apparence normale, la cicatrice parfaitement souple et non douloureuse.

Le cathétérisme par stylet permet de suivre un trajet ascendant sur une longueur de deux centimètres, mais n'apporte aucune autre donnée. Pour avoir des renseignements plus précis, on fait un examen radioscopique avec injection de lipiodol par l'orifice fistuleux ; le trajet apparaît ainsi, d'abord oblique ascendant externe, puis se recourbe en dedans et vers la profondeur et se termine dans la cavité péritonéale, puisque le lipiodol injecté se collecte dans le cul-de-sac de Douglas. Il n'a pas été possible de savoir si le trajet communique avec la cavité utérine.

Deuxième intervention (15 décembre 1931) : Extirpation en bloc du trajet fistuleux jusqu'au péritoine ; ligature à la base. Suture sans drainage.

Quelques jours après, la malade revient chez elle guérie et sans fistule. L'examen anatomo-pathologique du fragment extirpé indique l'absence des cellules de la trompe, mais la présence de tissu fibreux caséeux avec tubercules à cellules géantes (Prof. SABRAZÈS).

La malade considérée comme guérie a présenté huit mois après cette dernière intervention une réouverture de l'orifice externe de son trajet. Une

seule injection de chlorydrate double de quinine et d'urée suffit à arrêter la récurrence commençante.

OBSERVATION IV. — *Cas de Fistule menstruelle compliquée de fistule stercorale (Publié par Mesa).*

Femme de 27 ans se plaignant d'une petite fistule au niveau de l'abdomen, à la partie inférieure d'une cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale faite pour appendicectomie et salpingectomie à gauche (lésions bacillaires des annexes). Par cette fistule s'écoule une sécrétion sanglante noire pendant ses périodes menstruelles. Dans l'interval de celles-ci, s'écoulent une sécrétion purulente et des gaz et des matières fécales liquides à l'occasion de chaque prise de purgatif.

L'exploration de cette fistule permet l'entrée d'un stylet fin sur un trajet de huit centimètres, se dirigeant en bas et à gauche vers l'annexe.

Intervention : Incision cutanée suivant l'ancienne cicatrice. Dissection minutieuse des anses grêles adhérentes à la paroi. Découverte d'un trajet sous forme d'un cordon dur et résistant, d'un centimètre d'épaisseur ; qui se dirige en bas et à gauche dans la direction de l'annexe gauche. Après un trajet de sept centimètres, la fistule bifurque : une partie, la plus importante, se termine dans la corne utérine, et l'autre partie du trajet exploré au stylet s'ouvre à la limite du rectum et de l'anse sigmoïde. Excision

de tout trajet fistuleux jusqu'à son origine. La malade revue cinq mois après l'intervention est en parfait état et a des règles normales.

OBSERVATION V et VI. — THOMSON (*Odessa*)
(Zur Frage der tubermenstruation).

Contribution à l'étude de la menstruation tubaire (*Central Ab. F. Gynäk.* 1898, 12 novembre, n° 45, p. 1227.

Premier cas.

A la suite de l'ouverture spontanée d'un abcès, il s'était formé une fistule tubo-abdominale par laquelle à chaque période menstruelle s'écoulait une certaine quantité de sang ; cet écoulement tubaire cessait en même temps que l'écoulement utérin.

Deuxième cas.

Fistule tubo-cutanée, consécutive à l'extirpation, par laparotomie, d'une grossesse tubaire au début. Fistule due probablement consécutive à la suppuration des fils de soie qu'on avait placés sur le pédicule annexiel : car dès que ces fils eurent été éliminés, la fistule se ferma spontanément et rapidement.

Or, pendant les huit premiers mois de son existence, cette fistule ne présente rien de particulier ; mais pendant les trois derniers mois, au moment de chaque période menstruelle, régulièrement chaque mois, elle donnait lieu à un écoulement qui donnait autant que les règles.

OBSERVATION VII. — DEVRAIGNÉ, Paul BANZET, et MAYER, *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1930.

M^{me} R., 28 ans, deuxième geste de trois mois, entre en juillet 1929.

Césarienne, cinq ans auparavant, suivie de fistule avec écoulement de sang menstruel ne gênant pas la malade.

A l'examen, utérus accolé à la paroi dans la zone fistuleuse et dont les essais de mobilisation sont très douloureux et inefficaces. La femme refuse l'opération. Elle revient en janvier 1930, la poche des eaux étant rompue depuis douze heures. La fistule persiste et les adhérences faisant craindre le risque de rupture utérine on fait l'accouchement artificiel suivi d'hystérectomie.

A l'examen histologique, le trajet est formé d'un tissu conjonctif dense très pauvre en éléments cellulaires ; tissu de cicatrice sans tendance à la guérison spontanée.

OBSERVATIONS VIII, IX, X. — ALBANO, *La Rassegna d'Obstetrica Ginecologia*, 1930, p. 523).

Premier cas :

P. L., 34 ans, réglée à 16 ans. Règles abondantes non douloureuses, régulières dans leur rythme et quantité, durent cinq jours. Dernières règles le 17 juin 1923, très abondantes, sept jours.

Deux grossesses antérieures avec accouchement ar-

tificiel fait à terme pour cause de viciation pelvienne ; l'une finie par craniotomie ; l'autre par césarienne, en janvier 1923, celle-ci avec suites opératoires fébriles et péritonites pelvienne. En mars, règles régulières ; le 17 juin, après deux mois de retard, règles très abondantes, sept jours, avec perte de sang par la cicatrice abdominale.

A l'examen, la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie montre une solution de continuité de 2 millimètres de diamètre d'où sort le pus, L'hystéromètre introduit dans le trajet gagne l'utérus, puis le vagin.

Intervention le 5 août 1923 ; excision du trajet fistuleux jusqu'à l'utérus ; libération des nombreuses adhérences utéro-intestinales : hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.

Deuxième cas : G. R., réglée à 15 ans : règles régulières.

Deux grossesses à terme avec accouchement artificiel : un avec forceps et craniotomie ; l'autre avec césarienne, le 30 avril 1925. Au mois de février 1927, remarque la formation sur la cicatrice, d'une fistule abdominale, d'où sort le pus et du sang au moment des règles. Entre à l'hôpital au mois de mai.

Étude radiologique de la fistule : injection dans l'utérus d'environ 15 cc. de sulfate de baryte, le liquide opaque apparaissant alors au niveau de la fistule. Des radios de diverses positions montrent : un utérus parfaitement rempli ; au fond de l'utérus, origine d'un trajet de direction oblique vers le haut

et en avant, lequel après environ 3 centimètres rejoint une cavité de la dimension d'une noix. De là, part un second trajet, gros comme le petit doigt, trajet à la direction supéro-antérieure aussi ; qui se rétrécissant aboutit à la paroi.

Cure chirurgicale le 29 août : laparotomie médiane sous et sus-ombilicale. L'utérus à 4 centimètres de la paroi est fortement pris dans les adhérences épiploïques et mésentériques. A hauteur de l'isthme utérin, petit foyer purulent. Autre poche purulente au point où le trajet fistuleux s'ouvre à la paroi. Hystérectomie subtotale. Guérison, le 17 septembre.

Troisième cas :

Femme de 39 ans, entrée à l'hôpital le 26 mai 1929 : nullipare ; règles régulières en rythme et quantité. Dernières le 2 mai. Opérée pour fibrome le 28 novembre 1928 ; myomectomie : légère hémorragie, nécessitant l'application d'un bouchon hémostatique enlevé douze jours après. Le 23^e jour après l'opération sort de la blessure un liquide abondant et dense légèrement hématique.

A chaque retour de règles, apparition de sang, par l'orifice fistuleux, mais persistance de règles par la voie génitale.

Cure chirurgicale le 31 mai 1929. Excision elliptique de la cicatrice antérieure comprenant les cavités fistuleuses. La cavité abdominale ouverte, on trouve un gros amas d'anses grêles qui adhèrent à la cicatrice de la précédente myomectomie : à droite, gros hydrosalpinx. Excision de tout trajet fistuleux

et application d'un Mickulicz dans la cavité rétro-vésicale, constituée en arrière par le bord utérin et la masse intestinale adhérente. Guérison.

Quatrième cas : Femme traitée pour grossesse extra-utérine au 2^e. mois ; ovariectomie droite. Apparition d'une fistule abdominale d'où sort une sécrétion jaunâtre, sanglante, durant les règles. Diagnostic de fistule salpingo-pariétale : intervention rejetée : Guérison au bout de deux ans due à la ménopause.

Cinquième cas : Malade avec annexite bilatérale et pelvipéritonite ; ovariectomie bilatérale ; vingt jours après la guérison, s'établit une solution de continuité de la cicatrice d'où sort un liquide jaunâtre, qui devient sanglant au moment des règles. On ouvre l'abdomen et on trouve un moignon tubaire, résidu d'une ancienne salpingectomie, adhérent à la paroi abdominale. Excision du moignon tubaire et du trajet fistuleux. Guérison.

Sixième cas : M. A., 21 ans, entrée le 27 janvier 1927. Une grossesse avec accouchement prématuré au sixième mois, le 6 mai 1926. Le 22 mai 1926, appendicectomie : après opération, douleurs pendant un mois, dans fosse iliaque gauche attribuées à une ovarite et ayant cédé au traitement médical. Durant les règles, douleurs au niveau de la région opérée, mais apparition de quelques gouttes de sang au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice d'appendicectomie. Opération le 4 novembre 1927. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; excision du moignon

tubaire : adhérent à la cicatrice de l'incision faite pour appendicectomie. Guérison *per primam*.

OBSERVATIONS XI et XII. — PUCCIONI, *Riv. Ital. di Ginecol*, 1924, III, p. 107.

Premier cas :

Après césarienne, faite deux ans auparavant au cinquième mois de la grossesse, se forme un abcès de la paroi et puis une fistule d'où sort du pus et, pendant les règles, un peu de sang. Excision de la cicatrice abdominale avec résection de l'épiploon en rapport avec le trajet fistuleux.

Deuxième cas :

Après césarienne, formation sur la cicatrice abdominale d'une fistule d'où sort du pus fécaloïde et du sang pendant les règles. Excision de la cicatrice avec trajet fistuleux : le fond utérin, communique, perforé, avec l'extérieur et par une autre fistule avec le côlon sigmoïde.

Intervention conservatrice.

OBSERVATION XIII. — *Zentralbl. f. Gyn.*, d^o 5, 19 janvier 1910, p. 329.

M. X., deuxième pare, 25 ans ; une césarienne le 9 février 1906 avec suites de couches normales, sauf à deux ou trois reprises : élévation de la température atteignant une fois 39,8. Guérison de la plaie idéale.

Deuxième grossesse, trois ans plus tard. Au qua-

trième mois, vives douleurs abdominales et apparition vers le milieu de la cicatrice d'une fistule par où sortait du sang alors qu'il ne s'en écoulait pas par le vagin. La patiente consulta un médecin qui estima n'avoir rien à faire tant que l'enfant n'est pas viable. Les douleurs se calmèrent bientôt, mais du sang continua à suinter aux bords de la fistule. Au septième mois, douleurs à nouveau, plus violentes nécessitant l'admission à la clinique. On fait une opération césarienne qui permet de constater une rupture utérine. Seules, les adhérences avaient empêché l'issue du fœtus dans la cavité abdominale.

OBSERVATION XIV. — *Cas de fistule cataméniale par développement d'endométriome au niveau de l'ombilic. Cas emprunté à Fritz BUSSE Van der Host et DROUHARD.*

Femme de 30 ans présentant, au niveau du quadrat inférieur de l'ombilic, une tumeur de la taille d'un grain de blé portant en son centre un orifice fistuleux en « cul-de-poule » de quelques millimètres de profondeur. Cette tumeur, dit la malade, a toujours existé ; depuis deux ans, elle augmentait de volume au moment de la période menstruelle, devenait sensible à la pression et laissait suinter le sang.

Ablation de la tumeur.

A l'examen histologique, nombreux tubes glandulaires ramifiés parfois sinueux et avec parfois des dilatations kystiques ; l'épithélium de ces tubes est

cylindrique, cilié par places. Toutes les cavités épithéliales engainées par un manchon de tissu cytogène ressemblant au chorion utérin. Présence de quelques fibres lisses éparpillées.

OBSERVATION XV: — *Cas de M. PÉTRIGNANI* (de la Rochele), (*Rapporté par M. JEANNENEY*).

M. E. R., 32 ans, sans enfants, consulte en mai 1931, pour une grosseur dans l'aîne gauche. A l'examen, on trouve : d'une part, du même côté de la hernie, une petite masse de la grosseur d'une noix, siégeant dans le canal inguinal, fixe, légèrement douloureuse. On porte le diagnostic de kyste du canal de Nuck avec hernie inguinale. Rien de l'autre côté.

Femme par ailleurs bien portante et bien réglée.

La malade est opérée le 14 mai 1931. On reconnaît après l'ouverture du canal inguinal : 1^o une hernie épiloïque simple ; 2^o une tumeur kystique siégeant au-dessous et en dedans de la hernie, adhérent intimement au ligament rond d'une part, à la paroi supérieure du canal, d'autre part. Pour disséquer la tumeur, on est obligé de désinsérer le ligament rond et de couper à même dans le tendon conjoint.

Au cours de cette dissection, le kyste se rompt. Il s'en écoule un liquide chocolat, visqueux, sans odeur. Après excision complète de la poche, on pratique la cure radicale de la hernie et on ferme la paroi avec un drainage filiforme aux crins de Florence.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Le

drainage est supprimé le quatrième jour et la réunion obtenue sans incident.

Quelques mois après, nous revoyons la malade, qui rapporte que, dans l'angle inférieur de la plaie, est apparue une petite grosseur au moment des règles, suivie bientôt de l'apparition à ce niveau d'un écoulement sanguin de même nature quant à la couleur et à l'odeur que le sang menstruel et qui ne cesse qu'avec la terminaison des règles. Une petite croûte reste en permanence sur l'orifice fistuleux. La malade n'attacha pas d'autre importance à cet incident, mais comme il se produisit fidèlement à l'occasion des époques suivantes, elle finit par s'en inquiéter.

En novembre 1931, soit six mois après la première intervention, nous intervenons à nouveau. Sous anesthésie locale, on pratique une extirpation large de la fistule et des régions avoisinantes suspectes. Curetage, attouchement au chlorure de zinc : fermeture complète sans drainage. La guérison est obtenue par première intention.

Nous perdons de vue la malade pendant sept mois : soit jusqu'en 1932. A cette époque, elle revient nous voir pour nouvelle grosseur dans la région inguino-crurale gauche. Nous diagnostiquons sans peine une hernie crurale. Nouvelle intervention. Cure radicale de la hernie crurale. Fermeture de l'anneau au catgut chromé (nous n'avons pas osé employer comme nous le faisons d'habitude le crin de Florence perdu).

Dans les suites opératoires, il faut noter l'apparition d'un hématome qui fut évacué et drainé. La

guérison survint dans les délais normaux, mais à la première période menstruelle, une nouvelle fistule hémorragique apparut dans l'angle inférieur de la plaie. Nous avons suivi son évolution pendant trois mois.

Entre les périodes menstruelles, le trajet fistuleux donnait lieu à un écoulement séro-purulent peu abondant. Au moment des règles, le sang venait assez abondamment pour nécessiter un pansement important. Nous avons essayé d'injecter dans le trajet fistuleux différents liquides modificateurs : chlorure de zinc, nitrate d'argent, lipiodol, etc., pas de changement. La malade se refusant à une intervention un peu plus large, nous nous sommes donc bornés à mettre le trajet fistuleux à plat. La longueur est de 6 centimètres environ. La fistule est borgne ; elle se trouve dans l'épaisseur de la cicatrice opératoire (inguinale pour les trois interventions). Ses parois sont épaisses, mais la cavité est lisse.

Faute d'un examen histologique, force nous est de nous contenter actuellement d'une impression macroscopique et clinique. Il nous semble que la tuberculose peut être en cause dans ce cas, et que la guérison ne saurait être obtenue que par une intervention très large supprimant radicalement tous les tissus suspects. Même acceptée par la malade, une telle intervention, d'ailleurs, se présente comme très épineuse, étant donné les remaniements opératoires subis à plusieurs reprises par cette région.

Discussion : (D'après COCHARD).

Le rapport de cette observation à la *Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, fut suivi d'une discussion intéressante touchant l'origine de cette fistule cataméniale récidivante. Pour notre part, nous nous rangeons à l'hypothèse de M. CHARBONNEL ; et nous croyons qu'il s'agit dans ce cas, d'une fistule d'origine endométriale : la petite tumeur enlevée lors de la première intervention augmentait de volume à chaque période menstruelle et ce caractère est l'un des meilleurs signes de diagnostic d'endométriose. D'autre part, nous trouvons signalée cette localisation des endométrioses dans la portion inguinale du ligament rond par CULLEN, qui décrit un cas, en 1896, par JOSSELYN de JONG en 1915, par von RECKLINGHAUSEN, en 1896, par BLUMMER, en 1898, et par LECÈNE qui en rapporte deux cas.

OBSERVATION XVI. — *Cas de fistule cataméniale due au développement d'un endométriose dans une cicatrice de laparotomie (Cas emprunté à BALLIN).*

Femme de 35 ans, vue pour la première fois le 22 juin 1926.

Une fausse couche à 24 ans. Pas d'enfants. A 31 ans, opération enlevant une tumeur utérine, la trompe, l'ovaire droit. Drainage. Dans la cicatrice, développement progressif et lent d'une tumeur, tumeur qui devient dure et très douloureuse au moment

des règles et qui, à ce moment, est le siège d'un écoulement de sang noir. Règles abondantes toutes les trois semaines.

A l'examen : Cicatrice médiane avec à l'angle inférieur, présence d'une masse ronde, surélevée, noire, très tendue, kystique par places, de 5 centimètres de diamètre, adhérente à la peau et aux muscles ; en son centre, un petit kyste superficiel avec écoulement de sang brunâtre.

A l'exploration vaginale, on trouve un utérus large, adhérent à la cicatrice à l'endroit de la tumeur. Diagnostic d'endométriome avec fistule cataméniale.

Opération le 18 octobre 1926 : Incision elliptique circonscrivant l'ancienne cicatrice et la tumeur. Celle-ci pénètre toute la paroi et est en relation avec un cordon épiploïque allant au fond de l'utérus. Présence de nombreuses adhérences épiploïques dans tout le bassin ; après débridement on trouve un utérus fibroïde gros comme deux poings ; hydrosalpinx et ovaire kystique à gauche. Hystérectomie subtotale avec ablation de l'annexe gauche ; en laissant un moignon d'ovaire.

A l'examen histologique : endométriome.

Guérison.

OBSERVATION XVII. — GERMAN (*Surgery and Obst.*, 1928).

Femme de 28 ans ; quatre ans et demi avant, césarienne : 15 mois avant son entrée à l'hôpital, elle

a noté deux renflements dans sa cicatrice de laparotomie : l'un dans la cicatrice elle-même, au-dessus de l'ombilic et l'autre au-dessous de l'ombilic et un peu à gauche, comme s'il était apparu dans le trou d'un point de suture. Ces deux petites masses grandirent très lentement : la plus grande n'ayant qu'un centimètre de diamètre au moment de l'examen. Elles deviennent très tendues et douloureuses à chaque période menstruelle et à ce moment, l'une d'elles donnait naissance à un léger écoulement sanguin après lequel subsistait une ecchymose de la peau environnante, qui, graduellement, s'effaçait. A l'opération : on trouva des nodules, contenant plusieurs lacs sanguins, en relation avec l'utérus.

L'examen microscopique révèle un endométrioïme.

OBSERVATION XVIII. — BALLIN (*Surgery Gyn. and Obst.*, 1928).

Premier cas :

G. M., 27 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} février 1924, se plaignant d'un écoulement périodique de sang par une fistule au niveau d'une cicatrice abdominale.

Opérée six ans auparavant, laparotomie médiane, pour ovariectomie gauche. Une fistule suivit cette opération, fistule saignant presque tout le temps, mais l'écoulement sanguin devenant plus abondant au moment des règles.

Le traitement consista à circonscrire par une incision elliptique, la fistule et la cicatrice. Dans celle-ci,

on trouva un endométrrome typique avec lacs sanguins. Le trajet fistuleux conduisait au fond utérin. Plusieurs anses intestinales adhéraient au trajet. Excision du trajet à partir de l'utérus.

Deuxième cas :

V. I. Vue en mai 1927, a subi six ans auparavant une ovariectomie gauche. Dans l'angle inférieur de la cicatrice de laparotomie, il y a une masse dure, irrégulière, saignant au moment des règles. Cette tumeur devient douloureuse au moment des règles et cette douleur n'est calmée que par l'ouverture d'un kyste sanguin. Opération le 25 mai 1927. Dissection de toute la masse endométriale pénétrant d'une façon diffuse dans le muscle droit et communiquant avec un ovaire kystique droit ; appendice noyé dans les adhérences ; excision de la masse. Guérison.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Le signe majeur — on pourrait dire le signe unique — est l'écoulement sanglant rythmé par les périodes menstruelles.

Aussi faut-il faire préciser par la malade l'horaire des deux phénomènes.

Habituellement, la fistule commence à donner le premier jour des règles, présente son maximum d'abondance en même temps que celles-ci.

Rarement (cas personnel N^o 2), un suintement sanguin léger est observé un ou deux jours avant le début des règles normales — en rapport vraisemblablement : avec une congestion ovarique intense objectivée par des douleurs qui cessent avec le début des règles.

L'abondance du sang émis par la fistule est très variable : elle peut n'être que de quelques gouttes ; ailleurs, elle peut être considérable et l'on a l'impression que la presque totalité du sang menstruel passe par la fistule ; ce fait ne peut être expliqué que par une atrésie complète du col. Et d'ailleurs, nous avons vu, dans l'observation I que la dilatation du col par

des laminaires avait amené une amélioration temporaire.

On conçoit que cette abondance soit un facteur important à considérer en pratique ; une fistule à gros débit est une infirmité difficilement compatible avec une vie normale. Le diagnostic affirmé par le rythme spécial de la fistule, doit être complété par plusieurs recherches :

En premier lieu, il faut s'enquérir de l'intervention causale, c'est dans l'immense majorité des cas, une intervention sur l'appareil génital.

Il est important d'avoir des renseignements aussi précis que possible sur la nature des lésions trouvées à cette intervention et sur les manœuvres qu'on a pratiquées.

Le compte rendu opératoire détaillé est important à plusieurs points de vue : Il permet de prévoir, dans une certaine mesure, l'origine de la fistule, la difficulté de son abord,

la conduite à tenir vis-à-vis de l'appareil génital.

La date de la constitution de la fistule après l'intervention causale est très variable. L'intervalle libre est court pour les fistules d'origine génitale : de un mois à six mois.

Pour les endométriomes, l'apparition de la fistule est souvent plus tardive : on cite un cas où le délai fut de vingt-cinq ans.

L'examen physique permet-il d'obtenir des précisions complémentaires ? Du siège de la fistule sur une cicatrice de laparotomie à tel ou tel niveau, on

ne peut rien conclure pour la direction du trajet intra-abdominal et pour son aboutissement interne.

Quand il y a issue de matières fécales, la fistule peut avoir un cheminement en — y — l'une des branches aboutit à l'intestin, l'autre est la fistule cataméniale. Cette dualité se voit surtout dans la tuberculose génitale.

L'examen abdominal permet quelquefois de suivre tout ou partie du trajet. En réalité, cet examen, ne donne que des renseignements assez vagues sur la fistule elle-même. Il est, par contre, essentiel pour apprécier l'état des organes génitaux et le sort qui les attend au cours de l'intervention.

Le seul moyen d'explorer directement la fistule, c'est, nous l'avons vu : La Radio-lipiodol.

Le lipiodol peut être injecté :

seulement dans la fistule ; ou

seulement dans le canal cervical dans les cas où le trajet est complètement perméable. HERZOG a vu ainsi, le liquide injecté par le canal cervical sourdre par la fistule.

Dans nombre des cas, il existe une solution de continuité qui rend nécessaire une injection double.

La radiographie montre alors la totalité du trajet, sa direction générale, ses diverticules, ses sinuosités, ses aboutissants.

Dans l'observation I, existait un véritable lac de lipiodol, latéro-utérin petit, qui correspondait à un pseudo-kyste hématique retrouvé à l'intervention.

En résumé : trois éléments essentiels sont à possé-

der avant de décider l'intervention et d'en établir le plan :

1^o Les renseignements les plus précis sur le début de la fistule quand il s'agit d'une fistule spontanée — ou sur les circonstances de la première intervention, quand on est en présence d'une fistule post-opératoire.

2^o L'examen le plus attentif des organes génitaux.

3^o Le contrôle du trajet fistuleux par la radio-lipiodol.

ÉVOLUTION

Une fois constituée, la fistule catéméniale persiste d'habitude définitivement : on a cependant observé dans un cas *la guérison* spontanée à la suite d'une grossesse (HUREAU), c'est là une éventualité sur laquelle on ne peut tabler.

L'abondance de l'écoulement sanguin peut se modifier ; le plus souvent il augmente à chaque période menstruelle.

On observe d'autre part, des troubles associés :

— fréquemment des douleurs violentes,

— des troubles psychiques (neurasthénie) qui rendent la vie de la malade très pénible.

— La grossesse est possible ; elle a été observée dans plusieurs cas. Elle a été en général normale — cependant :

La rupture utérine a été observée au septième mois par HUREAU. Cette rupture doit être imputée à la faiblesse de la cicatrice césarienne.

On a signalé également la lenteur, l'irrégularité et la faiblesse des contractions au cours du travail.

Il va de soi que la ménopause doit, *a priori*,

tarir la fistule cataméniale, c'est un fait dont il faudra se souvenir pour le traitement.

Enfin, il faut se rappeler que l'évolution de la fistule cataméniale ne peut être considérée en dehors de l'affection causale. C'est d'elle que dépend en grande partie le pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le problème du diagnostic différentiel des Fistules hémorragiques cataméniales se pose à peine.

On a signalé que la fistule pariétale banale pouvait s'accompagner, à titre exceptionnel, d'un écoulement hémorragique. Ces fistules, dites ulcéreuses, présentent au niveau de leurs parois une transformation angiomateuse ; en réalité ces observations sont anciennes. Et même si on admet l'existence de telles fistules, elles se différencient radicalement des fistules cataméniales par le rythme de l'écoulement sanguin ; en aucun cas, il ne saurait être exactement parallèle aux périodes menstruelles.

De même, on a observé après intervention pour papillome de l'ovaire, une fistule qui devient secondairement hémorragique : Il s'agit d'une « récédive de la tumeur au fond de la fistule ».

Ici encore, il n'existe pas le rythme cataménial indispensable au diagnostic.

Quant au diagnostic étiologique, il se ramène en pratique au dilemne suivant : Il existe une fistule cataméniale post-opératoire. Est-elle due à un endo-

métriome ? Ou à une communication directe entre l'appareil génital et la paroi ?

Il est souvent difficile de répondre catégoriquement. On se basera en faveur de l'endométriome :

— sur l'apparition plus tardive de la fistule, après l'intervention,

— sur la palpation à travers la paroi de la tumeur endométriale,

— sur la moindre longueur du trajet.

Il va sans dire que la nature des lésions qui ont nécessité l'intervention ainsi que le compte rendu opératoire, donnent les meilleurs arguments en faveur de l'une ou de l'autre origine.

TRAITEMENT

Le traitement préventif se réduit à l'énoncé de principes absolument classiques ;

— réaliser une fermeture aussi parfaite que possible du moignon utérin après une annexectomie ;

— éviter de pratiquer une césarienne corporéale lorsqu'on a un doute sur l'asepie du contenu utérin ;

— éviter d'intervenir au cours d'une poussée aiguë de salpingite, qu'il s'agisse de salpingite banale ou tuberculeuse ;

— Dans tous les cas réaliser une péritonisation complète.

La question du drainage mérite d'être discutée ; certes le drainage, surtout lorsqu'il est prolongé, est un facteur favorisant dans la constitution des fistules catéméniales, mais la rareté de cette complication permet de ne pas tenir compte de son risque, en pratique, lorsque le drainage est indiqué.

Le traitement curatif peut être médical ou chirurgical.

Les méthodes médicales reposent toutes sur l'ins-tillation d'une solution caustique dans le trajet fistuleux.

On a employé :

La teinture d'Iode.

L'azotate d'argent.

Le chlorure de zinc.

Le chlorydrite double de quinine et d'urée (Jeanneney),

Ce traitement doit être rigoureusement proscrit dans les fistules d'origine endométriale ; s'il amenait la sclérose du trajet fistuleux, il en résulterait un kyste sanguin, augmentant de volume à chaque période menstruelle.

Dans les autres cas, il a été souvent essayé ; il ne donne le plus souvent que des guérisons éphémères. quelques succès définitifs ont cependant été signalés — citons en particulier le cas publié par JEANNENEY et F. LAPORTE (Observation, III).

Le traitement Chirurgical est donc le traitement de choix, il faut y recourir d'emblée, sauf contre-indications. Il faut l'étudier dans chaque cas particulier.

Dans les cas des endométriomes post-opératoires

Il faut enlever en un bloc la tumeur endométriale et le trajet fistuleux, le plus souvent très court, qui lui fait suite.

Nous avons vu que l'endométriome est une tumeur envahissante ; BALLIN rapporte que : « La masse endométriale pénètre de façon diffuse dans l'épais-

seur des muscles droits nécessitant une ablation large. »

Cette ablation large est de rigueur, il faut compter, en effet, avec la récurrence très fréquente de la tumeur :

Récurrence toujours locale, sous la forme d'une tumeur toujours bénigne et semblable à la première tumeur.

Elle tient semble-t-il à deux facteurs :

— une exérèse incomplète ;

— un nouvel ensemencement de cellules endométriales dans la paroi, c'est dire que la méthode d'exérèse en un bloc de toute la tumeur, en passant largement en tissu sain, se rapproche de la technique employée pour enlever les néo-plasmes malins.

MOULONGUET DOLERIS cite un cas d'endométriose dont les récurrences successives ont conduit à un traitement héroïque : la castration bilatérale, qui amène de toute évidence la fin des phénomènes menstruels, au niveau de l'endométriose comme au niveau de l'utérus lui-même.

C'est là un traitement d'exception, que l'ablation correcte de la tumeur doit éviter presque toujours.

Fistules communiquant avec l'appareil Génital

La méthode générale est l'ablation du trajet fistuleux isolé par une dissection soignée — rappelons que cette dissection peut présenter des difficultés considérables. Il faut ensuite traiter les

voies génitales ; plusieurs cas particuliers doivent être considérés.

Premier cas. — Fistule à point de départ utérin dont le type est observé à la suite d'une césarienne corporéale.

Deux méthodes s'opposent.

La suture simple de l'utérus, pratiquée avec succès par PUCCIONI et par plusieurs autres auteurs.

— Il faut pour qu'elle réussisse réaliser une dissection parfaite du trajet utéro-pariétal ; à cette dissection doit être associée la résection de l'épiploon adhérent au trajet et à l'utérus.

D'autre part l'Hystérectomie, méthode radicale employée par DEVRAIGNE et par ALBANO ; — ces auteurs semblent d'ailleurs avoir surtout en vue la suppression d'un utérus dont la suture imparfaite n'aurait pas donné toute la sécurité nécessaire en cas de grossesse.

Le choix de l'intervention dépend donc essentiellement de la solidité de la cicatrice utérine.

Deuxième cas. — Fistule tubo-pariétale — dont le type est observé à la suite d'une intervention pour tuberculose génitale.

— L'intervention conservatrice : annexectomie unilatérale, peut être envisagée lorsque les lésions sont, sinon unilatérales, tout au moins à forte prédominance unilatérale.

— On a obtenu ainsi quelques guérisons définitives.

— Mais la récurrence est plus fréquente ici que dans tout autre cas.

Cette récurrence est expliquée par deux facteurs :

La récurrence de la tuberculose génitale du côté opposé ;

La soudure imparfaite du moignon tubaire : les adhérences péri-utérines multiples, les décollements qui en sont la conséquence au cours de l'intervention rendent impossible une bonne péritonisation.

Cette récurrence fréquente incite certains auteurs à rejeter l'intervention conservatrice :

« Le traitement des fistules cutanées nécessite la castration totale avec dissection du trajet cutané, analogue à celle que l'on fait dans l'anus contre nature » (PATEL, *Rapport au Congrès de Rome sur la Tuberculose génitale*) ; mais nombreux sont ceux qui rejettent des conclusions aussi formelles : « L'annexectomie unilatérale a donné un nombre important de guérisons définitives » (MOCQUOT).

Il faut donc admettre que la conduite à tenir doit être décidée d'après l'état des lésions rencontrées à l'intervention.

Dans tous les cas il faut insister sur l'importance du traitement médical post-opératoire : cure hélio-marine, rayons ultra-violets, etc...

Pour les fistules secondaires à une intervention pour salpingite aiguë, les mêmes discussions sont possibles entre l'intervention conservatrice et l'Hys-

térectomie subtotale ou totale ; c'est encore l'aspect des lésions utéro-annexielles qui dicte la conduite à tenir : cette conclusion générale est valable dans tous les cas.

CONCLUSIONS

— Les fistules hémorragiques cataméniales sont rares ; il n'en a pas été publié 60 cas depuis 35 ans.

— Elles sont caractérisées cliniquement par un écoulement sanguin qui se produit, au niveau d'une cicatrice opératoire, en même temps que les règles normales, et cesse avec elles ; ce rythme impose le diagnostic.

— Au triple point de vue étiologique, anatomique et thérapeutique, on peut distinguer deux grandes classes de fistules cataméniales.

— Des fistules à point de départ utéro-annexiel.

— Des fistules à point de départ endométrial, où il n'existe aucun lien anatomique avec les voies génitales, mais seulement un lien physiologique.

La première classe comprend des fistules dont l'origine peut être,

— soit utérine, après césarienne, par exemple, ou plus rarement, après myomectomie : perforation traumatique de l'utérus, etc...

— soit annexielle — après intervention pour une salpingite, aiguë ou plus souvent tuberculeuse, ou

après intervention pour une grossesse extra-utérine, etc...

Le diagnostic comporte deux points importants :

— établir le trajet et le point d'origine de la fistule à l'aide d'un examen radiologique pratiqué après injection de lipiodol, dans la fistule et dans la cavité utérine.

— savoir, d'autre part, quelle est l'affection qui a nécessité l'intervention antérieure et obtenir le compte rendu exact de celle-ci.

Le traitement de choix est le traitement chirurgical qui, sauf contre-indications, doit toujours être pratiqué.

— L'intervention idéale est la dissection et l'ablation de tout le trajet fistuleux, en respectant l'utérus et les annexes.

— Mais les lésions trouvées au cours de l'opération indiquent souvent de faire plus, soit une ablation unilatérale des annexes, soit même une hystérectomie subtotale ou totale.

Il faut insister sur le fait que la présence de la fistule cataméniale, affection bénigne en elle-même, n'intervient que fort peu dans cette décision thérapeutique qui dépend presque uniquement de l'affection causale.

Les mêmes conclusions s'imposent en ce qui concerne les fistules à point de départ utérin.

Pour les fistules à point de départ endométrial :

L'endométriose doit être considéré comme une tumeur bénigne reproduisant la disposition morpho-

logique de l'utérus et participant aux modifications menstruelles.

Il s'agit en règle générale d'un endométrrome post-opératoire, dû à une greffe instrumentale d'une parcelle de muqueuse utérine.

Ils doivent toujours être enlevés chirurgicalement et cette ablation doit être suffisamment large pour éviter une récurrence locale ; cette récurrence est une éventualité fréquente.

Il faut remarquer, en terminant, la bénignité des fistules cataméniales qui entraînent rarement, par elles-mêmes, des complications sérieuses.

Mais, et on ne saurait trop souligner l'importance de ce point — le pronostic, les indications thérapeutiques, les difficultés du traitement chirurgical sont fonction des lésions de l'appareil génital.

VU : *Le Président de la thèse,*

LENORMANT.

VU : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANO. — Sulle Fistole genito abdominali. *La Rassegna d'obstetrica*, 1930, p. 523-545.
- AUDEBERT. — *Compte rendu Soc. Obstétrique et Gynécologie*, 1911.
- AUBERT. — Deux cas d'endométrie de l'ombilic. 1^{er} Congrès français de Gynécologie, oct. 1931.
- BALLIN. — Menstrual fistuloe of posopérative and endometrial origin. *Surgery Gynecology and obstetrics*, p. 525-535, 7 figures, avril 1928.
- BERKELEY. — Endometrial tumor of laparotomy scar. *Journal Obst. and Gynaec. British Empire*, 1926, XXXIII, 657.
- BRADY. — Menstruation through utero abdominal fistula following pelvic laparotomy. *Bull. School. Med. U. Maryland*, 15-73-80; octobre 1930.
- COCHARD. — *Contribution à l'étude des fistules hémorragiques catéméniales*, Th. Bordeaux, 1933.
- CULLEN. — Further remarks on adenomyoma of the round ligament. Johns Hopkins. *Hosp. Bull. Balt*, 1898, IX, 142.
- CULLEN. — Adenomyoma of the recto vaginal septum. *J. Am. Ass. Chicago*, 1914, L. XII, 835-839.
- DAVIES. — Wandering endometria. *Med. J. Australia*, 1927, I, 373.
- DAVIS et GRON. — A contribution to the a study of endometria. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 1926, XII, 526.
- DEVERRE. — Une ancienne périmétrosalpingite suppurée et fistule ombilicale. Hystérectomie subtotale. Guérison. *Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique*, 1920, XV, 448.
- DOSSENA. — Neoformazioni sperimentali da autotrapianto di mucosa uterina. *Tumori*, Roma, 1926, 291-318.
- DUVERGEY et DAX. — Pyosalpinx fistulisé dans la vessie; instillation d'azote, d'argent dans la trompe à travers la vessie. Guérison. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923, XCV, 187.

- FAVREAU et LAFARGUE. — Fistule utéro-pariétale après opération césarienne. *Presse médicale*, 25 janvier 1928, p. 104.
- Fritz BUSSE, Van der HORST et DROUHARD. — Endométriome de l'ombilic. *Annales d'Anatomie pathologique*, février 1928, p. 229-231.
- GERMANN. — *Endometrialadenomata in abdominal scar following coesarean section Surgery, Gynecology, and Obstetrics*, nov. 1928, p. 710-712, 2 pl.
- GODDARD. — Two umbilical tumors of probable uterine origin. *Surgery Gyn. and Obs.* Chicago, 1909, IX, 249, 252.
- HEANEY. — Adenomas of endometrial origin in laparotomy scars following incision of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. an Gynec.*, 1923, X, 625.
- HENRY. — Endometrial growth in right labium majus. *Surgery Gyn. an Obst.*, 1927, XLIV, 637.
- HERRGOTT. — Quelques considérations sur les sutures dans l'opération césarienne. *Annales de Gynec. et Obst.* Paris, 1909, 2, 6, 690, 698.
- HOLLAND. — Methods of performing caesarean section. *J. Obst. an Gynaec. Brit Emp.*, 1921, XXVIII, 349.
- HUREAU. — *Contribution à l'étude des fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice*, thèse Montpellier, 1918-1919, 43 p.
- JACOBSON. — The intraperitoneal transplantation of endometrial tissue; an experimental study. *Arch.-Patho.* Chicago, 1926, I, 169, 174, 9 pl.
- JAYLE. — Le solénoïde du ventre de la femme. *Revue française de Gyn. et d'Obst.* Paris, 1926, XXI, 285, 328 et 333, 392, 49 fig.
- JEANNENEY. — Rapport d'un cas de fistule abdominale hémorragique cataméniale récidivante observée par M. PETRIGNANI (de La Rochelle). *Bordeaux Chirurgical*, n° 1, janvier 1933, p. 89, 92.
- JEANNERET. — Note sur les Endométriomes. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 14, 25 nov. 1926, p. 866, 879, 2 fig.
- KEENE. — Perforating ovarian cysts with invasion of bladder wall. *Am. J. Obst. and Gynaec.*, 1925, X, 619.

- LABRY. — Endométriome de la paroi abdominale. *Presse Médicale*, 27 juil. 1929, p. 982.
- LEBASTEUR. — *Contribution à l'étude des fistules abdominales hémorragiques consécutives à la laparotomie*, thèse Paris, 1901-1902.
- LEPAGE. — Fistule utérine après césarienne chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire, nouvelles grossesses : césarienne suivie d'hystérectomie. *Presse Médicale*, 21 décembre 1910, p. 967.
- LEURET. — Fudométriomes. *Gazette médicale de France*, 1^{er} mai 1935.
- LOCHRANE. — Endometrial adenoma of abdominal wall. *J. Obst. et Gynaec. Brit. Empire*, 1923, XXX, p. 213.
- LOIEQ. — Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne conservatrice. *Gynécologie et Obst.* 1922, t. VI, n° 5, p. 322, 329. é. fg.
- MAHLE et Mac CARTY. — Ectopie adenomyoma of the uterus. *Collected Papers, Mayo Clinic*, 1919, XI, 335.
- MASSON. — Diagnostics de Laboratoires. Tumeurs. *Traité de Pathologie Médicale et de thérapeutique appliquée de SERGENT, RABUTEAU, DUMAS, BABONNEIX*, XXVII, p. 511.
- MESA. — Sobre in casode fistulamenstrual abdominal. *Semana Medica*, 3 janvier 1929, p. 23, 25, i. fg.
- MOULONGUET et DOLÉRIS. — *Pratique médico-chirurgicale*, tome III (Endométriome).
- MONOD Ch. et J. VANVERTS. — *Traité de Technique opératoire*, éd. 1908, p. 917.
- MOCQUOT P. — *Pratique mdico-chirurgicale*, tome I, p. 658, tuberculose génitale chez la femme).
- NICHOLSON. — Endometrial tumors of laparotomie scars *J. Obst. et Gynaec. Brit. Empr.*, 1926, XXXIII, p. 620.
- NOVAX. — Significance of uterine mucosa in falopian tube with discusison of origin of aberrant endometrium. *Am. J. Obst. and Gynaec.*, 1926, XII, p. 484.
- NUVILLE. — *Des fistules uréto-pariétales consécutives à une ppération césarienne*, Thèse Paris, 1910-1911.
- OBERLING. — Les Endométriomes. *Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome I, n° 5, sept. 1924, p. 541.
- OLIVIER. — *Tuberculose annexielle*, Thèse Lyon, 1911-1912.

- PATEL. — *Traitement de la tuberculose génitale de la femme*. Rapport au Congrès de Rome, 1912, *Revue de Gynéc.* juillet 1912.
- PUCCIONI. — *Fistole utero-parietali*. *Riv. Italie di Ginecol.*, 1924, III, p. 107.
- RAVINA. — *Des dangers de la césarienne conservatrice dans les infections amniotiques*. *Médecine*, avril 1931, p. 298-305.
- SAMPSON. — *Endometriosis of the sac of a right inguinal hernia associated with a pelvic peritoneal endometrosis*. *Am. J. Obst. an Gynec.*, 1926, XII, p. 459.
- SCHAUFFER. — *Menstruating tract from uterus to anterior abdominal wall*. *Report of case Northwest med.*, 28, 399, 404, sept. 1929.
- SNOECK. — *Journal de Gynécologie*, 1912, p. 612.
- SPENCER WELLS. — *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1882, p. 232-239.
- THOMSON (d'Odessa). — *Revue de Gynécologie*, 1889, p. 349.
- TORTARA et SAUVITALE. — *Fistola uteró abdominale commensurazione abdominale a distanza di 16 anni da intervento laparotomico*. *La Rassega d'Obst.*, 31 mars 1930, p. 163, 167, 2 fig.
- VON RECKLINGHAUSEN. — *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung*, Berlin, 1896, A. Hirschwald, 247, 12 planches.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 20-6-1935
